

Sammenhengen mellom personlighetsforstyrrelser og motoverføringsreaksjoner.

Hva er gjort av empiriske undersøkelser?

Skrevet av Monja Christina West
Veileder: Jan Ivar Røssberg

Abstract

Objective: The literature on countertransference reactions evoked by patients with personality disorders is mainly anecdotal. The main aim of this project was to make a review of empirical studies that have examined the relationship between personality disorders and countertransference reactions. First of all, I wanted to examine if the empirical studies confirms clinical narratives on a strong relationship between countertransference reactions and personality disorders. *Methods:* I conducted searches on different databases such as; Pubmed, Embase, Psyc info and Cochrane library by using words like; countertransference reactions, personality disorders, axis II, empirical studies. These words were used separately and in combination. The references in actual manuscripts were examined to see if there were possible to find other studies. Furthermore, I searched internet (e.g. Google) and read the most actual books about the subject. *Results:* The studies showed that axis II disorders to some extent illicit more countertransference reactions among therapists than axis I disorders. Moreover, the different axis II disorders seems to evoke different countertransference feelings among therapists. *Conclusions:* The different empirical studies to some extent seems to support the clinical literature. However, in spite of the fact that there exists a lot of clinical studies about countertransference reactions and personality disorders, there are few empirical studies that have examined countertransference reactions toward patients with different personality disorders.

1. Innledning

Relasjonen mellom terapeut og pasient er av stor betydning for riktig diagnose, valg av behandling og pasientens etterlevelse (compliance) av behandlingen. Dette er viktige aspekter både innenfor somatikken og psykiatrien. Det er derfor viktig å være oppmerksom på faktorer som kan hindre en god terapeutisk allianse.

Terapeutenes eller legenes motoverføringsreaksjoner ses på som et viktig aspekt i terapeut-pasient relasjonen og har av denne grunn mottatt mye oppmerksomhet (1,2). Ikke desto mindre har begrepet motoverføring flere forskjellige definisjoner. Alle vektlegger imidlertid de følelser som blir vekket hos terapeuten i samhandlingen med pasientene.

Freud var den første som introduserte begrepet motoverføringsreaksjoner i 1910. I følge Freud var motoverføringsreaksjoner ubevisste reaksjoner rettet mot en pasient grunnet terapeutens egne neurotiske konflikter (3). Freud så på disse motoverføringsreaksjonene som uhensiktsmessige og mente at terapeuten bare skulle reflektere disse følelsene som et speil eller som en følelsesløs kirurg.

Siden Freud er det utviklet ulike definisjoner og publisert en hel rekke artikler som har beskrevet motoverføringsbegrepet. På 1950-tallet ble en videre og bredere definisjon av motoverføringsbegrepet introdusert (4). Dette var "den totale definisjonen". Det er denne definisjonen som er mest brukt i litteraturen i dag. Den sier at motoverføringsreaksjoner er alle de følelsene som vekkes hos legen eller terapeuten når han samhandler med pasienten. Dette gjelder da både bevisste og de ubevisste prosesser(5)

Marshall & Smith (1994) har prøvd å nyansere begrepet motoverføringsreaksjoner. Dette har de gjort ved å skille mellom 1. Ytre fokuserte motoverføringsreaksjoner og 2. Indre fokuserte motoverføringsreaksjoner. Ytre fokuserte motoverføringsreaksjoner er reaksjoner som vekkes hos terapeuten og som hovedsaklig stammer fra en pasients atferd eller andre karakteristika. De hevder at dette kan brukes til å identifisere ulike pasientkarakteristika samt hjelpe terapeuten til å avpasse behandlingen på best mulig måte. Indre fokuserte motoverføringsreaksjoner reflekterer forhold ved terapeutens selv og ikke fra pasientens atferd og handlinger.. Dette er i følge Marshall & Smith fortrinnsvis uproduktivt og er ikke noe legen eller terapeuten skal handle på eller bruke i terapeut-pasient interaksjonen.

Per Vaglum (18) hevder at motoverføringsreaksjoner ikke bare gir informasjon om legen selv. Den viktigste nye kunnskapen om motoverføringsreaksjoner er at den også gir viktig informasjon om måten pasienten forholder seg til andre mennesker på. Hvis legen eller terapeuten kjenner aggressivitet i forhold til en pasient, kan det være at pasienten også er aggressiv eller prøver å få legen til nettopp å bli aggressiv. Derfor blir det viktig at terapeuten reflekterer over nettopp disse følelsene. Hvis legen føler seg dum i forhold til pasienten, kan det være et tegn på at nedvurdering av andre, er pasientens hovedstrategi for mestring, og at dette er en strategi pasienten kan bruke både hjemme og på jobben. Hvis legen gripes av pasientens håpløshet, kan han/hun komme til å forsterke pasientens forestilling om at alt håp er ute. God kjennskap til egen personlighet og sårbare områder samt evne til selvrefleksjon vil redusere tendensen til å la uheldige motoverføringsreaksjoner gå ut over terapeut- pasientforholdet.. Kommunikasjon med pasienten blir også lettere hvis legen kan bruke sin motoverføring som informasjonskilde. Ettersom en del av motoverføringen alltid er ubevisst, er vi imidlertid alle avhengig av at kolleger, andre medarbeidere og pasienter gjør oss oppmerksom på at vi innimellom kan handle ut i fra våre motoverføringreaksjoner. God behandlingsallianse er et meget potent middel til å påvirke forløpet av en rekke somatiske og psykiske lidelser (19) desto viktigere er det at en lege tidlig kan identifisere og håndtere irrasjonelle faktorer som kan ødelegge for en slik allianse. Paradokset er at det tilsynelatende eksisterer en oppfatning om at det bare er i psykiatrien det forekommer irrasjonelle faktorer. Det er overraskende at det ikke legges større vekt på å utvikle kompetanse i å håndtere irrasjonelle hindringer i lege-pasientforholdet i andre kliniske spesialiteter enn i psykiatri.

Det finnes i dag, som tidligere nevnt, veldig mye litteratur som beskriver hva slags motoverføringsreaksjoner pasienter med personlighetsforstyrrelser vekker blant terapeuter, men lite er blitt gjort for å prøve å objektivisere terapeutens motoverføringsreaksjoner på en mer empirisk måte.

I litteraturen er det mange artikler som beskriver hva slags motoverføringsreaksjoner pasienter med personlighetsforstyrrelser vekker blant terapeutene. Spesielt mange artikler er det om hva slags motoverføringsreaksjoner pasienter med ustabil (borderline)personlighetsforstyrrelse vekker blant terapeuter. Det er blant annet hevdet at pasienter med BPD lokker frem mer trøblete og problematiske motoverføringsreaksjoner enn andre pasienter. Videre er det i klinisk litteratur hevdet at det spesielt hos disse pasientene er snakk om hat, frykt, samt et hat-kjærlighets forhold

til terapeuten (6,7) Det sies også at BPD pasienter ser sort-hvitt på deres terapeut. Enten er terapeuten blant de gode eller blant de onde. Dette kan gi seg utslag i vekkede følelser hos terapeuten som enten omnipotent, hjelpesløs, utmattet eller avvisende (12,13). Videre er det hevdet at pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse splitter personale. Når det gjelder mer generelt er det hevdet at pasienter som ikke blir bedre vekker de mest problematiske motoverføringsreaksjonene hos terapeutene.

Men det er altså få studier som har sett på motoverføringsreaksjoner i forhold til pasienter med forskjellige personlighetsforstyrrelser.

I denne oppgaven vil jeg forsøke å beskrive empiriske studier angående motoverføringsreaksjoner og personlighetsforstyrrelser.

De problemstillingene jeg vil prøve å besvare i denne oppgaven er følgende:

1. Hvordan har ulike studier forsøkt å måle motoverføringsreaksjoner hos pasienter med personlighetsforstyrrelser og hvilke instrumenter har de brukt?
2. Vekker personlighetsforstyrrelser mer eller annerledes motoverføringsreaksjoner hos terapeutene enn akse I lidelser?
3. Hvilke motoverføringsreaksjoner vekker de ulike personlighetsforstyrrelsene?
4. Reflekterer terapeutens følelsesmessige reaksjoner viktige trekk ved pasientens personlighet?
5. Hva er sammenhengen mellom behandlingsbedring og motoverføringsreaksjoner hos pasienter med personlighetsforstyrrelser?

2. Materiale og Metode

Søk på de forskjellige databasene har gitt tildels ulike resultater. Jeg valgte å bruke de fire mest brukte databasene nemlig; Pubmed, Cochrane library, EMBASE og Psycinfo. Jeg avgrenset ikke søket med tanke på årstall.

Jeg har konsentrert meg om fire forskjellige søkeord og kombinasjoner av disse. Søkeordene jeg brukte var Countertransference, Personality disorders, Empirical studies og Axis II.

Antall treff på de ulike ordene er ført opp i tabell 1. Den viser at de enkelt ordene i de fleste databaser har mange treff men kombinasjonen av søkeordene gir veldig få treff. For eksempel gir slkeordet "Countertransference" 2790 treff i den mest brukte medisinske databasen, Pubmed. Så ser vi at kombinasjonen av de tre ordene "Countertransference, personality disorder og empirical studies" gir kun tre treff.

Siden det kunne være artikler som ikke er indeksert i disse databasene gjorde jeg også et søk på Google. Dette søket ga følgende resultater:

Personlighetsforstyrrelser ga 3230 treff

Motoverføringsreaksjoner ga 34 treff.

Akse II lidelser ga 2070 treff.

Empiriske studier ga 15300 treff.

Kombinasjonen av disse fire søkene ga 1 treff.

I tillegg har jeg søkt på ulike artikkelforfattere som har skrevet om emnet. Dette ble i hovedsak gjort på Forfatterne jeg har søkt på er; Holmqvist R, Betan E, Røssberg J I og Colson D.

Jeg har lest to ulike lærebøker i psykiatri for å se hvordan de beskriver emnet. Dette er blant annet Psykiatri: En lærebog om voksnes psykiske sykdomme av Vestergaard P et al (17). og Lærebok i psykiatri av Malt U et al. (22).

I tillegg har jeg fått en del artikler og forelesningsstensiler av min veileder. I tillegg søkte jeg spesifikt på emnet i Tidsskrift for den norske legeforening. I tillegg har jeg gått gjennom litteraturlistene til aktuelle artikler nøye for å se om det er andre aktuelle artikler som det refereres til.

3. Resultater.

De fleste motoverføringsstudiene er gjort overfor pasienter som terapeutene har hatt kontakt med over tid. Varigheten av denne kontakten strekker seg fra uker til år (10, 11, 13-15, 20). Noen har valgt å bruke kliniske vignetter, bånd eller videopptak (8, 9, 21), mens andre har brukt den kliniske situasjonen slik den er i virkeligheten.

Samtlige studier tar utgangspunkt i en Feeling Word Checklist (FWC) som er en liste over adjektiver for å beskrive følelser hos terapeuten. Antall adjektiver varierer i de ulike studiene men strekker seg fra 16-90 ord. Disse adjektivene har i de fleste studier blitt delt inn i ulike kliniske meningsfulle dimensjoner.

Tabell 2 viser de ulike studiene og hvilke kliniske dimensjoner de har kommet fram til som de mest viktige. Den viser også litt om hvordan studiene er utført (klinisk setting eller vignetter/video). Tabellen gir også en oversikt over hvilke diagnostiske kategorier som er undersøkt i de ulike studiene. Noen studier har undersøkt hvordan de ulike akse II lidelsene vekker ulike motoverføringsreaksjoner mens andre har sammenlignet diagnoser innen akse I med akse II diagnoser.

Når det gjelder studier som har sammenlignet akse I og akse II lidelser og hvordan de vekker ulike motoverføringsreaksjoner er det to studier som har brukt kliniske vignetter. Disse to studiene har sammenlignet pasienter med borderline personlighetsforstyrrelser (BPD) og undersøkt hvilke motoverføringsreaksjoner disse vekker i forhold til andre grupper av pasienter.

Brody og Faber (8) fant at vignetter med pasienter med BPD vekket flere negative motoverføringsreaksjoner, og pasienter med depresjon vekket flere positive motoverføringsreaksjoner. Pasienter med en schizofreni lignende lidelse vekket en miks av motoverføringsreaksjoner som engstelse, håpløshet og frustrasjon blant terapeutene.

McIntyre og Schwartz (9) fant at vignetter av BPD vekket mer ekstreme reaksjoner av fiendtlighet og dominanse i forhold til pasienter med dyp depresjon som vekket mer følelser av ydmykhet/underdanighet, vennlighet og det å være trygge og rolige. Schwartz og kollegaer (21) fant at pasienter med antisosial personlighetsforstyrrelse vekket signifikant flere negative motoverføringsreaksjoner (ekskluderende og manipulerende) enn pasienter med schizofreni.

Schizofreni pasienter vekket følelser som å bli likt og satt pris på blant terapeutene. Røssberg et al. (20) sammenlignet pasienter med personlighetsforstyrrelser som i tillegg hadde henholdsvis depresjon-, angst-, eller rusmisbrukforstyrrelser med pasienter som ikke hadde disse akse I diagnosene. De fant få forskjeller mellom de som hadde akse I lidelsene og de som ikke hadde. Men det terapeutene rapporterte var flere motoverføringsreaksjoner i form av det å ikke være god nok og overveldet i forhold til pasienter med sinnsstemningsforstyrrelser enn pasienter som ikke hadde en sinnsstemningsforstyrrelse. Studien fant ingen andre signifikante forskjeller (i starten av studien) når det gjelder motoverføringsreaksjoner mellom diagnostiske kategorier. Ved

behandlingsslutt fant de ingen signifikant forskjell mellom diagnostiske kategorier i det hele tatt. Motoverføringsreaksjonene var i hovedsak ikke relatert til pasientenes akse I diagnose, men det var derimot pasientenes subjektive symptomer. Hva pasientene selv rapporterte av spesifikke symptomer vekket derimot helt spesifikke motoverføringsreaksjoner.

Ved starten av studien ble det avdekket noen signifikante korrelasjoner mellom terapeutenes motoverføringsreaksjoner og de forskjellige subskalaene av SLC-90R. Følelsen av å bli avvist var signifikant negativt korrelert med symptomer av Obsessive-compulsiv karakter, interpersonell sensitivitet, fobisk angst og GSI. Følelsen av å være på vakt var signifikant negativt korrelert med interpersonell sensitivitet og fobisk angst. Ved behandlingsstart var høye nivåer av symptomer relatert til lave nivåer av negative motoverføringsreaksjoner. Ved behandlingsslutt hadde dette mønsteret forandret seg. Studien avdekket her flere signifikante sammenhenger mellom terapeutenes spesifikke motoverføringsreaksjoner og subskalaene SLC-90R. Med unntak av somatiseringssubskalaen korrelerte alle subskaler med minst en motoverføringsreaksjons dimensjon. Mest fremtredende var den negative korrelasjonen mellom GSI og de to positive motoverføringsreaksjonsdimensjonene (betydningsfull, sikker). Samt den positive korrelasjonen mellom GSI og de negative motoverføringsreaksjonene (avvist, kjedelig, på vakt, overveldet og utilstrekkelig). Ved behandlingsslutt var høye nivåer av symptomer relatert til lave nivåer av positive motoverføringsreaksjoner og høye nivåer av negative motoverføringsreaksjoner.

I denne gjennomgangen fant jeg 3 studier som har sett på terapeuters motoverføringsreaksjoner i en klinisk setting i forhold til forskjellige personlighetsforstyrrelser.

Holmqvist et al. (13) fant at akse II diagnosene kun svakt var relatert til personalets motoverføringsreaksjoner. Ingen av forskjellene var signifikante, men den største forskjellen var for kontrollerte følelser. Pasienter med en avhengig personlighetsforstyrrelse tenderte til å vekke mer kontrollerte følelser. Og pasienter med PD NOS vekket mindre kontrollerte følelser. Ved sammenligning mellom de største gruppene fant Holmqvist og kollegaer også at pasienter med BPD og avhengig PD vekket flere kontrollerte følelser og følelsen av ikke å strekke til i forhold til pasienter med PD NOS. Borderline pasienter vekket også flere motoverføringsreaksjoner innenfor dimensjonene: nærhet og aksept.

Betan og medarbeidere (14) fant i en samling av pasienter med hovedsaklig personlighetsforstyrrelser, at forskjellige clustere av personlighetsforstyrrelser var assosiert med

forskjellige motoverføringsreaksjoner på tvers av terapeutisk gruppetilnærming og at terapeutene kunne bruke motoverføringsreaksjonene i behandlingsøymed. Cluster A var assosiert med faktoren kritikk/misforståthet, men var ikke signifikant korrelert med faktoren uengasjerthet. Når det gjelder Cluster B fant de at den var sterkt assosiert med faktoren spesiell/overinnvolverende, men samtidig viste Cluster B en overraskende assosiasjon med en uengasjerende faktor og en negativ signifikant korrelasjon med positive motoverføringsreaksjoner. Undersøkelsen viste at Cluster C var signifikant assosiert med faktoren foreldre/beskytterrollen.

Dette samsvarer med studien til Røssberg og medarbeider (15) som fant at pasienter med cluster A og B personlighetsforstyrrelser signifikant fremkalte mindre positive og mer negative motoverføringsreaksjoner enn pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser. De fant også at terapeutene var mer ulike i sin rapportering av motoverføringsreaksjoner overfor pasienter med cluster A og B personlighetsforstyrrelser enn cluster C personlighetsforstyrrelsene.

Holmqvist (13) fant ut at pasienters selvfølelse målt ved Structural analysis of behaviour (SASB), var sterkere relatert til personalets motoverføringsreaksjoner enn diagnoser. dette var tilfellet både for akse 1 og akse 2. Disse funnene gjør seg også gjeldende i studien til Røssberg et al (15) som fant at pasienters atferd og personlighet var sterkere relatert til personalets motoverføringsreaksjoner enn selve diagnosen.

Motoverføringsreaksjoner er sannsynligvis også viktig med tanke på hvordan det går med pasientene. I en studie av Røssberg og medarbeider (15) fant de at pasienter som droppet ut av behandlingen vekket signifikant flere negative motoverføringsreaksjoner enn pasienter som fullførte behandlingen. Studien til Røssberg et al (15) viste en sterk korrelasjon mellom motoverføringsreaksjonsfølelser og forandring/forbedring hos pasienten i løpet av behandlingen. Behandlingsforbedring var korrelert positivt med betydningsfull, tillitsfull og trygg og negativt korrelert med avvist, kjedelig, på vakt, overveldet og utistrekkelig. Dette samsvarer med studien til Holmqvist (11) som fant at f.eks motoverføringsreaksjoner som fiendtlighet hos terapeuten i forhold til pasienten hadde betydning for selve behandlingsforbedringen.

4. Diskusjon.

Denne studien viste at det er enormt mye litteratur som er skrevet om motoverføringsreaksjoner generelt. Mange kliniske studier har beskrevet hvor viktig det er å fokusere på dette fenomenet i arbeidet med pasienter. Likevel finnes det forbausende få empiriske studier som har prøvd å undersøke dette på en mer objektiv måte. Derfor er det fortsatt mange ubesvarte spørsmål på dette feltet.

Det har vært en manglende klarhet rundt hvorvidt akse I diagnoser vekker spesifikke motoverføringsreaksjoner eller ikke. Resultatet av to tidligere studier Colson et al 1986, Holmqvist 2000 (10, 11) samt den nyeste studien til Røssberg og medarbeidere (20) viser at akse I diagnoser ikke kan gi mer enn en meget vag forutelse om motoverføringsreaksjoner hos terapeuten. Disse resultatene er motstridende med studiene til blant annet Brody & Farber, McIntyre et al. og Schwartz et al. (8,9,21). Hovedgrunnen til denne forskjellen skyldes sannsynligvis forskjell på studiedesign. De tre studiene som fant spesifikke motoverføringsreaksjoner hos spesifikke akse I diagnoser brukte kliniske vignetter, båndopptak og videoopptak til å undersøke terapeutenes motoverføringsreaksjoner. De fire studiene som ikke viste spesifikke motoverføringsreaksjoner i forhold til pasienter med akse I diagnoser var underlagt en reel klinisk situasjon hvor terapeuten hadde regelmessig kontakt med pasientene over tid. De hadde altså en tettere relasjon til pasientene og hadde opparbeidet en større kunnskap om pasientene enn det som er mulig ut fra enkle vignetter, båndopptak og videoopptak. På den andre siden hadde studiene som var underlagt en klinisk situasjon en mye mer homogen gruppe pasienter enn studiene hvor man brukte vignetter. Det kan av denne grunn være mulig at nettopp personalets kompetanse og kjennskap til denne gruppen vil kunne influere på resultatet. Terapeuter som vanligvis jobber med pasienter med schizofreni og BPD kan føle seg sikrere i forhold til motoverføringsreaksjoner fra disse gruppene enn motoverføringsreaksjoner fra pasienter med andre diagnoser. Det er også velkjent at motoverføringsreaksjoner hos terapeuten er korrelert med terapeutenes forhåndskunnskap om pasientenes diagnose (Rosenhan, 1973). En annen grunn til at akse I diagnoser vekker få spesifikke motoverføringsreaksjoner, kan være at akse I diagnosen i seg selv representerer en for overfladisk beskrivelse av problemene pasienten sliter med. Pasientenes subjektive rapporterte beskrivelse av problemene ser ut til å være av større betydning. Studien til Røssberg et al (20). er den første studien hvor det er blitt sett på forholdet mellom pasientenes subjektive psykiatriske symptomer og terapeutenes

motoverføringsreaksjoner. Men det kunne jo ha seg slik at studier på mer heterogene akse I diagnose grupper i en klinisk setting ville fremkalle forskjeller i motoverføringsreaksjoner på lik linje med studier hvor man har brukt vignetter. På bakgrunn av dette kan man si at det er behov for flere studier hvor man undersøker motoverføringsreaksjoner hos terapeuter i forhold til en mer heterogen gruppe pasienter med akse I diagnoser.

To slike studier har blitt gjort med hensyn til akse II diagnoser. (14,15). Disse studiene viste at forskjellige akse II diagnoser vekket forskjellige motoverføringsreaksjoner hos terapeuten.

Begge disse studiene tok for seg forholdene mellom cluster A, cluster B og cluster C. Det de fant var at pasienter med Cluster A og cluster B personlighetsforstyrrelser vekket andre og mer negative motoverføringsreaksjoner enn pasienter med cluster C personlighetsforstyrrelser, samt at personalet også varierte mer overfor pasienter med cluster A+B personlighetsforstyrrelser enn over for de med cluster C personlighetsforstyrrelser. De fant også at

motoverføringsreaksjonsmønsteret var systematisk relatert til pasientens personlighetspatologi på tvers av tilnærmingstype fra terapeutens side, samt at assosiasjonen mellom

behandlingsutkomme og forskjellige motoverføringsreaksjoner var signifikant. Dette er noe klinikere uten hensyn til terapeutisk orientering kan bruke i terapeutisk og diagnostisk øyemed.

Det er i disse 2 studiene stort sett bare sett på clusterinndelingen og ikke gått mye inn på hver enkelt personlighetsforstyrrelse og hvilke spesifikke motoverføringsreaksjoner de vekker. Betan og kollegaer (14) gjorde i tillegg en sekundær analyse hvor det ble sett spesifikt på BPD og Narsissistisk personlighetsforstyrrelse og hvilke motoverføringsreaksjoner de vekket. Røssberg et al (15) gikk ikke spesifikt inn på enkelte personlighetsforstyrrelser.

Det er som tidligere nevnt skrevet mye i litteraturen om personlighetsforstyrrelser og spesielt om BPD, men lite er gjort empirisk. Det vil være ønskelig med flere empiriske studier på dette feltet, og da også spesifikt på de forskjellige personlighetsforstyrrelsene og ikke bare som clusterinndeling. Diagnostisk og terapeutisk vil man stille sterkere i forhold til pasienter med personlighetsforstyrrelser, hvis man hadde en dypere og bredere kunnskap om spesifikke motoverføringsreaksjoner i forhold til spesifikke personlighetsforstyrrelser. Det at man via empiriske studier har erfart at behandlingsresponsen er best ved positive motoverføringsreaksjoner er et godt utgangspunkt og man bør selvfølgelig derfor som terapeut strebe etter å få til nettopp en god allianse med pasienten.

Alle de nevnte studiene har inkludert ”terapeuter” med forskjellig type utdanning, variasjon i antall år som praktiserende/utøvende terapeut og med forskjell i teoretisk orientering. Alle disse faktorene sammen med det at hver enkelt terapeut har sin egen historie, sin egen personlighet og er av forskjellig kjønn i forskjellig alder kan påvirke resultatene.

Det er viktig å huske på det fakta at FWC studiene bare målte/ rangerte de “beviste” følelsene terapeuten får i forhold til pasientene. Slik det ble nevnt i innledningen inneholder altså den totale definisjonen om motoverføringsreaksjoner både de beviste og de ubeviste emosjonelle reaksjonene overfor pasientene. Det hadde selvfølgelig vært optimalt å kunne måle begge deler, men med de målemetodene vi har per i dag er altså de beviste motoverføringsreaksjonene det eneste det går an å måle. Et annet aspekt som kan være viktig ved sammenligning av studier er tilnærmingsmåten og bruken av kliniske dimensjoner. Alle de nevnte studiene avviker i antall kliniske dimensjoner og bruken av FWC (variasjon fra 16-90). Studien viser ikke bare forskjell i bruk av antall kliniske dimensjoner, men også forskjell i bruk av betydningsfulle kliniske dimensjoner. For å ha et godt sammenligningsgrunnlag vil det være en fordel at studiene hadde brukt de samme kliniske dimensjonene og samme FWC. Noen av de nevnte studiene rapporterer antall pasienter som var med i studien mens andre studier bare nevner antall terapeuter, hvorimot noen få studier oppgir både antall terapeuter og antall pasienter Et stort sprik både mellom antall terapeuter og antall pasienter vil også kunne påvirke resultatet av en undersøkelse. Når det gjelder forholdet mellom terapeutenes motoverføringsreaksjoner og terapeutenes beregning av forbedring, er det viktig å huske på at de ikke var blindet i forhold til rapporteringen av motoverføringsreaksjoner. Uansett indikerer funnene at terapeutenes motoverføringsreaksjoner var sterkt assosiert med pasientenes subjektive opplevelse av forbedring, og dette støtter funnet av en sterk assosiasjon mellom pasientenes forbedring og terapeutenes motoverføringsreaksjoner.

Med dette på minne og med støtte fra litteraturen forteller det oss at terapeuters motoverføringsreaksjoner kan brukes som et viktig verktøy og kan reflektere eller sette ord på noen av problemene pasientene sliter med. Dessuten avslører studiene til Betan et al. og Røssberg et al. (14,15) en sterk signifikant sammenheng mellom behandlingsresponsen (utbyttet av behandlingen) og forskjellige motoverføringsreaksjoner hos terapeutene. Begge disse funnene støtter opp om hvor viktig det er for terapeuter i arbeid med pasienter å reflektere over egne

motoverføringsreaksjoner. Da kanskje spesielt de negative motoverføringsreaksjonene da disse kan synes å være korrelert med dårligere behandlingsutbytte.

5. Litteraturhenvisninger:

1. Holmes G, Perrin A. Countertransference: What is it? What do we do with it? *Psychodynamic counseling* 1997; 263-277.
2. Gabbard GO. Countertransference: The emerging common ground. *International Journal of psychoanalysis*, 1995, 76:475-485.
3. Kernberg O. Notes on countertransference. *J Am Psychoanal Assoc* 1965; 13:38-56
4. Heiman P. On countertransference. In *J Psychoanal* 1950; 31:81-84
5. Geddes MJ, Pajic AK. A multidimensional typology of countertransference responses. *Clinical Social Work Journal* 18(3): 257-272, 1990.
6. Brown LJ. Staff countertransference reactions in the hospital treatment of border line patients. *Psychiatry* 1980;43:333-45.
7. Stamm I. Countertransference in hospital treatment. Basic concept and paradigms. *Bull Menninger Clin* 1985;45:432-50.
8. Brody EM, Farber BA. The effects of therapist experience and patient diagnosis on countertransference. *Psychotherapy* 1996;3:372-80.
9. McIntyre SM, Schwartz RC. Therapists differential countertransference reactions towards clients with major depression of borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 1998;54:923-31.

10. Colson D, Allen J, Coyne L, Dexter N, Jehl N, Mayer C, Spohn H. An anatomy of countertransference: Staff reactions to difficult psychiatric patients. *Hospital and Community psychiatry*, 37,923-928,1986.
11. Holmqvist R. Staff feelings and patient diagnosis. *Can J psychiatry* 45:349-356,2000.
12. Røssberg J I, Friis S. Staff members' emotional reactions to aggressive and suicidal behavior of inpatients. *Psychiatric services*;54 (10):1388-94,2003.
13. Holmqvist R The influence of patient diagnosis and self-image on clinicians' feelings. *The journal of nervous and mental disease*, 186:455-461,1998.
14. Betan E, Heim AK, Concklin CZ, Westen D. Countertransference phenomena and personality pathology in clinical practice: An empirical investigation. *Am J Psychiatry* 162:890-898,2005.
15. Røssberg J I, Karterud S, Pedersen G, Friis S. An empirical study of countertransference reactions toward patients with personality disorders. *Comprehensive psychiatry* 48,225-230,2007.
16. Marshall and Smith (1994)
17. Vestergaard P, Sørensen T, Kjølbye M, Videbech P. *Psykiatri. En lærebog om voksnes psykiske sygdomme* 2006;215-217
18. Vaglum, P. Irrasjonelle faktorer I lege-pasientforholdet. *Tidsskr Nor Lægeforening* nr 19, 2002;122:1906-9
19. Ottoson JO. Patient-lakarrelationen. Lakekonst på vetenskapelig grund. Stockholm: Natur och Kultur, 1999.
20. J I Rossberg, S Karterud, G Pedersen, S Friis. Psychiatric symptoms and

countertransference feelings: An empirical investigation (resubmitted Psychiatric Research).

21. Schwartz RC, Smith SD, Chopko B., 2007. Psychotherapists' countertransference reactions toward clients with antisocial personality disorder and schizophrenia: An empirical test of theory. *American Journal of Psychotherapy* 61, 375-393.

22. Malt U., et al (2006) *Lærebok I psykiatri*.20. 551-589.

Tabell 1 viser en oversikt over litteratur søket som ble utført i de ulike databasene.

	Pubmed	Cochrane library	EMBASE	Psycinfo
Countertransference	2790	1	2406	4560
Personality disorders	51952	120	22747	15753
Axis II	6565	93	1285	1809
Empirical Studies		420	961	
Countertransference AND personality disorders	405			103
Countertransference AND Personality disorders AND Axis II			5	
Countertransference AND Personality disorders AND Axis II AND Empirical studies	1	0		0
Countertransference AND Empirical studies			3	5
Personality disorders AND Empirical studies			18	42
Axis II AND Empirical studies			1	
Countertransference AND Personality disorders AND Empirical studies	3			

Tabell 2 viser de ulike studiene som har sett på motoverføringsreaksjoner og personlighetsforstyrrelser. Den angir hva slags dimensjoner som er brukt samt hvilke diagnoser de har sammenlignet.

	Dimensjoner	Metode	Diagnoser som er sammenlignet.
Brody and Faber 1996	FWC-20	Vignetter	BPD Depresjon Schizofreni
McIntyre and Schvartz 1998	1.Dominerende 2.Fientlighet 3.Vennlighet 4.Underdanig 5.Fremtredende 6.Vanskelig 7.Sekundært vurderende	Audiotapes	Dyp depresjon BPD
Holmqvist 2000	1.Hjelpsom 2.Kontrollert 3.Lite hjelpsom 4.Avvist 5.Aksepterende 6.Distanserende 7.Selvstyrt 8.Nærhet	Klinisk setting	Akse I og Akse II
Betan et al 2005	1.Overveldet/uorganisert 2.Hjelpsløs/ ikke god nok 3.Postiv 4.Spesiell/overinnvolverende 5.Seksualisert 6.Uengasjert 7.Beskyttende/foreldrerolle 8.Kritisert/misforstått	Polikliniske pasienter	Akse II
Schwartz et al 2007	1.Dominant 2.Underdanighet 3.Vennlighet 4.Fientlighet	Videotape	Antisosial personlighets- Forstyrrelse. Schizofreni.
Røssberg et al 2007, 2009	1.Hjelpsom 2.Trygg 3.Avvist 4.På vakt 5.Trett 6.Overveldet 7.Utilstrekkelig	Klinisk setting	Personlighets- Forstyrrelser Psykosier